

Samenwerking tussen Veilig Thuis en gemeenten in Zuid-Limburg

Citation for published version (APA):

Erens, B., de Ruiter, C., Otgaar, H., & Humblet, J. (2021). Samenwerking tussen Veilig Thuis en gemeenten in Zuid-Limburg: Hiaten in de aanpak van kindermishandeling. *Mens en Maatschappij*, 96(4), 529-552. <https://doi.org/10.5117/mem2021.4.004.eren>

Document status and date:

Published: 01/12/2021

DOI:

[10.5117/mem2021.4.004.eren](https://doi.org/10.5117/mem2021.4.004.eren)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Document license:

Taverne

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Samenwerking tussen Veilig Thuis en gemeenten in Zuid-Limburg

Hiaten in de aanpak van kindermishandeling

Brenda Erens¹, Corine de Ruiter¹, Henry Otgaar^{1,2}, Joke Humblet¹

MEM 96 (4): 529–552

DOI: 10.5117/MEM2021.4.004.EREN

Abstract

Cooperation Between Safe Home and Municipalities in Zuid-Limburg: Gaps in the Approach to Child Abuse

Since January 2015, Safe Home [in Dutch: Veilig Thuis] is the national report center for child abuse and domestic violence. The task of Safe Home and its partner organizations is to stop child abuse and domestic violence. The Risk-Need-Responsivity (RNR) model states that to reduce the chance for harmful behaviors in the future, relevant risk factors should be addressed in individual cases. Offered treatment programs should also be attuned to these risk factors (which is known as risk-based care). The offered risk-based care does not always correspond to the request of the family in question.

In the current study the main question was how it is determined which treatment program or care is offered by the municipalities to families after the investigation of Safe Home is completed and a case is transferred to the local municipality. We interviewed professionals from six municipalities in the region of South-Limburg about the use of structured risk assessment tools and the effectiveness of offered treatment programs. We found that the choice for certain treatment programs is mainly based on the family's request (and not risk-based, as suggested by the RNR-model). Moreover, the municipalities make limited use of risk assessment tools that meet scientific standards. In order to stop child abuse in the long term, a radical change is needed in the approach of child abuse cases. We offer several recommendations, including the use of scientifically validated risk assessment tools and a closer cooperation and exchange of information between Safe Home and its partner organizations.

Samenvatting

Veilig Thuis (VT) fungeert sinds 2015 als landelijk advies- en meldpunt kindermishandeling en huiselijk geweld. De taak van VT en haar ketenpartners is om kindermishandeling en huiselijk geweld duurzaam te stoppen. Het *Risk-Need-Responsivity* (RNR)-model stelt dat om het risico van schadelijk gedrag in de toekomst te verminderen, de relevante risicofactoren in individuele casuïstiek aangepakt dienen te worden. Hierop dient ook de hulpverlening te worden afgestemd (ook wel *risk-based care* genoemd), die niet altijd overeen hoeft te komen met de hulpvraag van het betreffende gezin.

In het huidige onderzoek stond de vraag centraal hoe bepaald wordt welke hulp er wordt ingezet in gezinnen die na een afgerond onderzoek van VT aan de gemeenten worden overgedragen. We vroegen professionals binnen zes gemeenten in Zuid-Limburg middels verschillende vragenrondes naar het gebruik van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten en de effectiviteit van de aangeboden hulpverlening. Wij vonden dat de keuze voor hulpverlening voornamelijk hulpvraag-gericht is (en niet risico-gestuurd, zoals het RNR-model voorschrijft) en dat door de gemeenten beperkt gebruik gemaakt wordt van risicotaxatie-instrumenten die voldoen aan wetenschappelijke standaarden. Om kindermishandeling blijvend te stoppen, is een ingrijpende verandering nodig in de aanpak van deze problematiek. Wij doen een aantal aanbevelingen, waaronder gebruik van wetenschappelijk gefundeerde risicotaxatie-instrumenten en nauwere samenwerking en uitwisseling van informatie in de keten.

1 Introductie

Sinds januari 2015 is Veilig Thuis (VT) het advies- en meldpunt voor huiselijk geweld en kindermishandeling in Nederland. VT bestaat uit 26 regionale organisaties die advies en ondersteuning bieden aan professionals of andere betrokkenen die zorgen hebben over kindermishandeling of huiselijk geweld (Baeten et al., 2019). De wettelijk vastgelegde taken van VT zijn advies geven in situaties waar mogelijk kindermishandeling of huiselijk geweld speelt, meldingen over deze situaties in ontvangst nemen, onderzoek verrichten naar de gemelde zorgen en de nodige vervolgstappen in gang zetten (zoals overdracht naar vrijwillige hulp, de Raad voor de Kinderbescherming informeren, of aangifte doen bij de politie) (Baeten et al., 2019). Na een afgerond onderzoek draagt VT de casus dikwijls over aan de gemeentelijke teams voor het inzetten van hulpverlening voor het betreffende gezin. Zo vonden er in de tweede helft van 2019 bijvoorbeeld

landelijk 96.900 overdrachten plaats (CBS, 2019). De gemeentelijke teams worden samen met de zorgaanbieders ook wel aangeduid als ‘het lokale veld’. Sinds de decentralisering van de jeugdzorg in 2015 zijn gemeentelijke teams verantwoordelijk voor het inzetten van de juiste hulpverlening in gezinnen waar er sprake is van onveiligheid. VT en het lokale veld werken samen om kindermishandeling en huiselijk geweld duurzaam te stoppen.

1.1 Definitie en prevalentie van kindermishandeling in Nederland

Kindermishandeling wordt in de Nederlandse Jeugdwet (2020; Artikel 1) gedefinieerd als: “Elke vorm van, voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel”. Hieronder vallen ook verwaarlozing en het onthouden van essentiële hulp, medische zorg en onderwijs. Kindermishandeling is een vorm van huiselijk geweld. Onder huiselijk geweld verstaan we ‘Lichamelijk, geestelijk of seksueel geweld of bedreiging daarmee door iemand uit de huiselijke kring; huiselijke kring: een familielid, een huisgenoot of een mantelzorger’ (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, 2015).

In Nederland zijn meerdere grootschalige studies uitgevoerd naar de prevalentie van kindermishandeling en huiselijk geweld. In 2019 verscheen een nieuw rapport met de resultaten van de meest recente prevalentiestudie (Ten Boom & Wittebrood, 2019). Dit onderzoek bestond uit verschillende deelonderzoeken, waaronder de “Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen” (NPM-2017), een onderzoek gebaseerd op data verzameld door professionals (zoals huisartsen, de vrouwenopvang, de Raad voor de Kinderbescherming en het onderwijs). Uit de resultaten van de NPM-2017 bleek dat gemiddeld tussen de 90.000 en 127.000 (3 procent) van de kinderen tussen de 0 en 17 jaar slachtoffer is van tenminste één type kindermishandeling per jaar (Alink et al., 2018). Bij 29 procent van alle slachtoffers van kindermishandeling werden er meerdere vormen van mishandeling geconstateerd, zogenaamde co-morbiditeit (Alink et al., 2018). Een ander deelonderzoek gebaseerd op zelfrapportage liet zien dat in 2016 ongeveer 12 procent van de kinderen in Nederland in de leeftijd van 12 tot 17 jaar slachtoffer van mishandeling was (ten Boom et al., 2019). Deze prevalentiestudie is een vervolg op twee eerdere prevalentiestudies, uitgevoerd in 2005 (van IJzendoorn et al., 2007) en 2010

(Alink et al., 2011). Er werden in vergelijking met de twee eerdere studies geen significante verschillen gevonden in het aantal kinderen dat met één of meerdere vormen van kindermishandeling te maken had op basis van de data verzameld door professionals (Steketee et al., 2020). Er wordt dan ook, met enige voorzichtigheid, geconcludeerd dat in het afgelopen decennium de jaarprevalentie van kindermishandeling vrijwel gelijk is gebleven (Ten Boom & Wittebrood, 2019).

VT ontvangt ieder jaar meer meldingen over vermoedelijke kindermishandeling vergeleken met het jaar daarvoor (Steketee et al., 2020). Er is hier zelfs een stijgende trend sinds 2003, waarbij het aantal meldingen sinds dat jaar verdrievoudigd is (Steketee, Tierolf, & Mak, 2014).

1.2 Werkwijze van Veilig Thuis

De aard van de gemelde problematiek bij Veilig Thuis is in de meeste gevallen complex. Een recent onderzoek van het Verwey-Jonker instituut, waarbij 576 gezinnen gemeld bij VT anderhalf jaar lang werden gevolgd, laat zien dat 91 procent van de gemelde kinderen te maken heeft met mishandeling, verwaarlozing of geweld tussen hun ouders (Steketee et al., 2020). Daarnaast was er in deze gezinnen meestal sprake van problemen die het gevolg waren van het geweld, zoals posttraumatische stress klachten bij de ouders (16 procent) en de kinderen (32 procent), gehechtheidsproblematiek (36 procent), emotionele onveiligheid (gericht op eigen emotieregulatie) bij de kinderen (46 procent) en probleemgedrag van jongeren (27 procent), zoals spijbelen of het plegen van delicten.

Om haar wettelijke taken uit te voeren, werkt VT samen met een aantal zogenaamde ketenpartners (onder andere Politie, Openbaar Ministerie [OM], Reclassering, Raad voor de Kinderbescherming [RvdK], Bureau Jeugdzorg [BJZ] en de gemeenten/lokale veld). Indien een melding bij VT wordt gedaan, wordt deze beoordeeld op acute en structurele onveiligheid tijdens een triage, waarbij ook collaterale informatie van ketenpartners wordt meegewogen. Er kan dan worden gekozen voor een directe overdracht van de melding aan een ketenpartner, zonder verdere betrokkenheid van VT. Wanneer de casus niet direct wordt overgedragen, gaat VT doorgaans samen met de betrokken ketenpartner op huisbezoek en worden er samen met het gezin veiligheidsafspraken gemaakt (zogenaamde veiligheidsvoorwaarden). Ook indien de gemeente nog niet betrokken is, wordt er doorgaans een gezamenlijk huisbezoek georganiseerd zodat indien nodig, de gemeente hierna acties kan uitzetten (zoals een indicatie voor hulpverlening afgeven). Na het huisbezoek wordt in een multidisciplinair overleg

bepaald of de casus kan worden overgedragen of dat onderzoek door VT is aangewezen. Dit besluit hangt af van meerdere factoren, zoals het niveau van onveiligheid in het gezin, onderzoeksvragen die mogelijk ontstaan uit de gemelde situatie en/of de bereidheid van het gezin om de benodigde hulpverlening te accepteren. In een klein percentage van de meldingen (In de tweede helft van 2019 was 10 procent van de ontvangen meldingen in onderzoek; CBS), vaak gekenmerkt door meervoudige problematiek en ernstige onveiligheid, gaat VT over tot het verrichten van onderzoek naar mogelijke kindermishandeling. Na dit onderzoek wordt doorgaans een advies uitgebracht over eventueel noodzakelijke interventies en/of hulpverlening. Dit advies wordt vastgelegd in veiligheidsvoorwaarden, die na afsluiting van de casus door VT worden opgevolgd bij het gezin en de betrokken hulpverleners tot één jaar na afsluiting van het onderzoek van VT. De gemeente wordt na overdracht meestal aangesteld als casemanager en geeft een indicatie af voor de benodigde interventie of hulpverlening. Als de zorgen niet bevestigd worden in het onderzoek van VT, dan wordt de casus afgesloten.

Nederlandse gemeenten kunnen alleen binnen een vrijwillig kader hulpverlening aan gezinnen bieden. Als een gezin geen hulp wenst te ontvangen, kan het gezin niet gedwongen worden om deze te accepteren. Indien nodig (bijvoorbeeld als een gezinslid hulpverlening weigert, maar de situatie in het gezin als te onveilig wordt ingeschat) kan er opgeschaald worden naar de zogenaamde beschermingstafel. Dit houdt in dat een verzoek tot onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) aangevraagd wordt (Baeten et al., 2019). Indicatoren voor opschalen naar de RvdK zijn onder andere: ernstige gedragsveranderingen of gedragsproblemen bij het kind en psychisch of fysiek onveilige situaties. Uiteindelijk kan de RvdK, op basis van de uitkomsten van het raadsonderzoek, een ondertoezichtstelling (OTS) aanvragen, welke een jeugdrechter moet toewijzen. In zo'n geval zal er mogelijk een gezinsvoogd aangewezen worden en is er niet langer sprake van een vrijwillig, maar van een gedwongen, kader. Ook hiervoor geldt echter nog steeds dat de mogelijkheid voor het afdwingen van bepaalde hulpverleningstrajecten beperkt is. Om te bepalen welke hulpverlening aansluit bij de problemen in een gezin, is het belangrijk om eerst een inventarisatie te maken van de mogelijk aanwezige risicofactoren die de kans op toekomstige kindermishandeling vergroten.

1.3 Risicotaxatie bij kindermishandeling

Systematisch literatuuronderzoek heeft laten zien dat de belangrijkste voorspellers van herhaling van kindermishandeling liggen bij de

ouders: eerdere verwaarlozing van een kind, conflicten in de partnerrelatie, het aantal eerdere voorvallen van kindermishandeling en psychische problemen (inclusief verslavingsproblematiek) van de ouders (Hindley et al., 2006; White et al., 2015). Op de tweede plek staan voorspellers zoals stress in het gezin (waaronder financiële problemen), gebrek aan sociale steun en kwetsbaarheidsfactoren van het kind (zoals gedragsproblemen, chronische ziekte) (bijvoorbeeld Paxson & Waldfogel, 2002).

Het *Risk-Need-Responsivity* (RNR) model stelt dat om de kans op schadelijk gedrag in de toekomst te verkleinen, de relevante, veranderbare (dynamische) risicofactoren aangepakt dienen te worden (Andrews & Bonta, 2007; 2010). Statische risicofactoren zijn onveranderbaar (bijvoorbeeld: de ouder is zelf slachtoffer geweest van mishandeling). Het RNR-model bevat drie principes. Het risicoprincipe geeft aan dat de intensiteit van de interventie passend moet zijn bij het risiconiveau (hoog risico vraagt om intensievere behandeling, laag risico betekent minder intensieve behandeling). Het behoefteprincipe beschrijft dat de in te zetten interventies gericht dienen te zijn op risicofactoren die samenhangen met een verhoogd risico van mishandeling in het individuele geval (bijvoorbeeld het verslavingsprobleem van een ouder, dat leidt tot verwaarlozing van het kind). Tot slot beschrijft het responsiviteitsprincipe dat de interventies aan moeten sluiten bij de (cognitieve) mogelijkheden, leerstijl (bijvoorbeeld visueel leren versus auditief leren) en motivatie van de ouder. Verschillende meta-analyses hebben aangetoond dat interventies die gestructureerd zijn volgens de RNR-principes recidive van kindermishandeling en huiselijk geweld verminderen (zie bijvoorbeeld Andrews & Dowden, 2006; Pendergast et al., 2013). Assink en collega's (2016) suggererden dat de RNR-principes goed toe te passen zijn op de aanpak van kindermishandeling. De eerste stap om te komen tot een passende interventie is daarom het inventariseren van de relevante, in principe veranderbare risicofactoren (Assink et al., 2016).

Een risicotaxatie-instrument dat gebruikt kan worden om de aanwezigheid van wetenschappelijk onderbouwde risicofactoren voor kindermishandeling in een gezin in kaart te brengen, is de *Child Abuse Risk Evaluation* – Nederlandse versie [CARE-NL] (de Ruiter & de Jong, 2006; zie Tabel 1). Een validiteitsonderzoek liet een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zien (de Ruiter et al., 2020). De predictieve validiteit (follow-up periode > 2 jaar) voor uithuisplaatsing (AUC = .77) en ondertoezichtstelling (AUC = .73) waren ook goed (de Ruiter et al., 2020). De CARE-NL bevat 17 risicofactoren om het risico op herhaalde kindermishandeling te beoordelen (de Ruiter &

de Jong, 2006; zie Tabel 1). Onderzoek van De Ruiter, Hildebrand en Van der Hoorn (2020) toonde aan dat in de dossiers van de toenmalige Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK: de voorloper van VT) weinig informatie werd vastgelegd over risicofactoren die betrekking hadden op de ouders (ouderfactoren), terwijl er wel veel informatie in de dossiers stond over kwetsbaarheden van kinderen (kind factoren) en gezinsomstandigheden (gezinsfactoren).

Tabel 1 De CARE-NL Risicofactoren

Type factor	
Ouderfactoren (O)	O1. In het verleden gepleegde mishandeling van een kind
	O2. Ouder/verzorger is zelf slachtoffer van kindermishandeling
	O3. Ernstige psychische stoornis
	O4. Suïcidale of moorddadige gedachten
	O5. Problemen met het gebruik van middelen
	O6. Persoonlijkheidsstoornis gekenmerkt door boosheid, impulsiviteit of instabiliteit
	O7. Sterke minimalisering of ontkenning van kindermishandeling
	O8. Negatieve houding ten opzichte van interventie
Ouder-Kind factoren (OK)	OK9. Problemen met kennis over de opvoeding van kinderen, opvoedingsvaardigheden en/of -attitudes
	OK10. Negatieve opvattingen ten aanzien van het kind
	OK11. Problemen in de interactie tussen ouder en kind
Kind factor (K)	K12. Kwetsbaarheid verhogende kenmerken van het kind
Gezinsfactoren (G)	G13. Gezinsstressoren in het afgelopen jaar
	G14. Socioaleconomische stressoren in het afgelopen jaar
	G15. Ontoereikende sociale steun in het afgelopen jaar
	G16. Relatieel geweld
	G17. Culturele invloeden
Seksueel misbruik (S)	S18. RRSOR (<i>Rapid Risk Assessment for Sex Offender Recidivism</i>)

1.4 Effectieve interventies bij kindermishandeling

Naast onderzoek naar risicofactoren voor kindermishandeling, is onderzoek naar (componenten van) interventies die mogelijk effectief zijn in het verminderen van kindermishandeling cruciaal. Uit een meta-analyse van Van der Put en collega's (2018) waarin (preventieve) interventies beoordeeld werden op effectiviteit, bleek dat cognitieve gedragstherapie, oudertraining, systeemtherapie/gezins-georiënteerde therapie, interventies voor middelenmisbruik, en combinaties van deze interventies, effectief kunnen zijn in het voorkomen of verminderen van kindermishandeling. Daarnaast bleek dat interventies effectiever zijn als ze zich richten op het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van ouders, het verbeteren van persoonlijke vaardigheden van ouders, het aanpakken van psychische problemen

van ouders, en als interventies sociale en/of emotionele steun bieden aan ouders (Van der Put et al., 2018).

Uit een recent onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut is tevens aangetoond dat hulp die specifiek gericht is op het aanpakken van kindermishandeling en huiselijk geweld in verband staat met een sterke afname van geweld in deze gezinnen in vergelijking met gezinnen die deze hulp niet hebben gekregen ($\eta^2 = .04, p < .001$). Hierbij was het effect (gemeten op drie momenten) echter nog altijd gering tot matig. Daarnaast zorgde de inzet van een maatschappelijk werker, pedagoog of psycholoog voor een afname van geweld, het betrof hier een gering effect ($\eta^2 = .02, p < .05$) (Steketee et al., 2020). Deze uitkomsten betekenen dus niet dat er in deze gezinnen helemaal geen kindermishandeling meer voorkwam.

Omdat de prevalentiecijfers betreffende kindermishandeling en huiselijk geweld over de jaren heen nauwelijks zijn afgenomen en VT een continu stijgende lijn ziet in het aantal meldingen, rijst de vraag of de aangeboden hulpverlening in deze gezinnen wel voldoende effectief is. Met andere woorden: wordt in deze gezinnen het juiste hulpaanbod gedaan, op basis van wat bekend is over wat werkt in de aanpak van kindermishandeling?

1.5 De huidige studie

In het huidige onderzoek stond de vraag centraal hoe bepaald wordt welke hulpverlening er dient te worden ingezet bij gezinnen die na een afgerond onderzoek van VT aan de gemeenten worden overgedragen. Hiervoor hebben we eerst in kaart gebracht hoe het werkproces van iedere gemeente eruitziet nadat zij een casus van VT heeft ontvangen. Een tweede vraag was of de ingezette hulpverlening voldoende risico-gestuurd is en of de juiste risicofactoren worden aangepakt, in lijn met het RNR-model. Daartoe werd onderzocht of en hoe er gebruik wordt gemaakt van risicotaxatie-instrumenten door de gemeenten in hun besluiten en adviezen voor in te zetten hulpverlening. Op basis van eerder onderzoek (de Ruiter et al., 2020) werd verwacht dat er wel gebruik wordt gemaakt van risicotaxatie (bijvoorbeeld met behulp van een risicotaxatie-instrument, zoals de CARE-NL), maar dat dit er niet voor zorgt dat de meest relevante risicofactoren in kaart worden gebracht en als doel van interventies worden benoemd. Tot slot onderzochten we of de gemeenten voldoende zicht hebben op de effectiviteit van de door hen geïndiceerde interventies in gezinnen waar kindermishandeling speelt.

2 Methode

2.1 Deelnemende gemeenten

Het huidige onderzoek vond plaats bij Veilig Thuis Zuid-Limburg in de periode januari – oktober 2019. Gedragswetenschappers van de afdelingen jeugdzorg van zes gemeenten in de regio's Maastricht-Heuvelland (gemeente Maastricht), Westelijke Mijnstreek (gemeente Sittard-Geleen) en Parkstad (gemeenten Heerlen, Brunssum, Kerkrade en Landgraaf) werden gecontacteerd met vragen over de ingezette hulpverlening bij kindermishandeling en het gebruik van risicotaxatie-instrumenten in hun gemeente (zie Bijlage 1 voor een overzicht van de gestelde vragen). De betreffende gemeenten werden geselecteerd omdat dit de grootste gemeenten zijn in deze regio en derhalve verantwoordelijk zijn voor het grootste deel van de cases van Veilig Thuis Zuid-Limburg. Per gemeente heeft één gedragswetenschapper deelgenomen, met uitzondering van de gemeente Kerkrade, waarbij de gedragswetenschapper ondersteund werd door een onderzoeker bij het beantwoorden van de vragen. Dit werd zo gedaan vanwege de hoge werkdruk van de betreffende gedragswetenschapper. Deze gedragswetenschapper heeft de antwoorden van de onderzoeker bekeken en aangevuld.

2.2 Vragenlijst

De huidige vragenlijst werd ontworpen door een Masterstudent Forensische Psychologie na literatuuronderzoek over risicotaxatie bij kindermishandeling en effectieve interventies voor het verminderen van het risico op herhaling. De vragen werden daarna voorgelegd en goedgekeurd door twee senior-onderzoekers (eerste en derde auteur van dit artikel). De vragen werden digitaal aangeboden aan de gedragswetenschappers van de deelnemende gemeenten. De vragenlijst bestond voornamelijk uit open vragen waarbij er ruimte was om zelf antwoorden te formuleren.

2.3 Procedure

Na de eerste vragenronde bleek dat de verzamelde informatie onvoldoende was om de onderzoeksvragen te beantwoorden vanwege de summiere antwoorden die werden gegeven. Daarom volgden nog twee vragenrondes met vragen die dieper ingingen op de antwoorden uit de eerste ronde. Van de zes deelnemende gemeenten heeft Sittard-Geleen niet alle vragen beantwoord in verband met een hoge werkdruk van de gedragswetenschapper ten tijde van het onderzoek. De antwoorden die wel beschikbaar waren vanuit deze gemeente hebben we meegenomen in ons onderzoek.

De gemeente Maastricht ging als enige gemeente in op de uitnodiging voor een face-to-face interview voor de laatste vragenronde; de overige gemeenten gaven de voorkeur aan het digitaal (schriftelijk) beantwoorden van alle vragen. De digitale vragenrondes hadden een semi-structureerd karakter, waarbij de strekking van de vragen vergelijkbaar was voor iedere gemeente, maar de precieze bewoording van de vragen enigszins kon afwijken. Deze verschillen waren echter klein en hadden meestal betrekking op de wijze waarop de gemeente procedures had ingericht (bijv. verwijzing naar een specifieke afdeling die per gemeente anders wordt benoemd). Ethische goedkeuring voor dit onderzoek werd verkregen via de *Ethical Review Committee Psychology and Neuroscience* (ERCPN nummer Master_205_11_03_2019) van de Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen, Universiteit Maastricht.

2.4 Data-analyse

Na iedere vragenronde werden de geformuleerde antwoorden van de verschillende gemeenten bekeken door een junior- en een senior onderzoeker (eerste en laatste auteur van dit artikel). Indien de antwoorden onvoldoende informatie bevatten om de onderzoeksvragen te beantwoorden, werden er specifiekere vervolgvragen geformuleerd voor vragenronde 2 (en daaropvolgend, ronde 3. Naast de beknopte antwoorden die vaak werden gegeven in de eerste vragenronde (waardoor de onderzoeksvraag niet kon worden beantwoord) gaven de gedragswetenschappers soms informatie die bij de onderzoekers onbekend was (bijvoorbeeld over verschillen in werkwijze tussen de verschillende gemeenten). Om deze zaken helder te krijgen ten behoeve van het onderzoek, kwamen hier soms ook vervolgvragen uit voort. De vierde vragenronde werd alleen voorgelegd aan de gemeenten Heerlen, Landgraaf en Maastricht omdat er nog specifieke vragen waren over de door hen geformuleerde antwoorden in ronde drie.

De antwoorden van de verschillende gemeenten werden met elkaar vergeleken en vervolgens samengevat op basis van de onderzoeksvragen. Dit resulteerde in een beschrijvend onderzoek, waarbij vergelijkbare antwoorden gegeven door de gemeenten zijn samengevoegd en verschillende antwoorden apart zijn beschreven. De initiële samenvatting van de resultaten werd gemaakt door een junior-onderzoeker (laatste auteur) en vervolgens geëvalueerd door twee senior-onderzoekers (eerste en derde auteur). Alle voor dit onderzoek relevante antwoorden op de vragen zijn gebruikt voor de resultaten.

3 Resultaten

De resultaten van de huidige studie zullen hieronder in verschillende delen besproken worden. Ten eerste zullen we bespreken hoe het werkproces na een overdracht door VT is vormgegeven door de zes gemeenten in Zuid-Limburg. Ten tweede zullen we het besluitvormingsproces ten aanzien van het type hulpverlening dat wordt ingezet en de selectie van de zorgaanbieder toelichten. Vervolgens bespreken we het gebruik van risicotaxatie-instrumenten in dit proces. Tenslotte bespreken we in hoeverre gemeenten zicht hebben op de effectiviteit van de ingezette hulpverlening.

3.1 Werkproces na overdracht door Veilig Thuis

De gemeenten gaven aan dat zodra een casus overgedragen wordt aan de gemeente, er doorgaans een medewerker van 'Team Jeugd' (de benaming kan per gemeente verschillen) benoemd wordt als *casusregisseur*. De casusregisseur van Team Jeugd wordt verantwoordelijk voor het in goede banen leiden van de hulpverlening (zowel de voortgang van de hulpverlening als in de gaten houden of alle partijen zich aan de afspraken houden) en het op- en afschalen (het vergroten dan wel verminderen van de invloed van ketenpartners in het gezin, zoals VT en de RvdK). De meeste Teams Jeugd bieden zelf geen interventies of behandelingen aan maar gebruiken een zogenaamde Verwijsgids, een lijst met hulpverleners die behandelingen aanbieden in de regio Zuid-Limburg. Deze lijst wordt elk jaar aangepast door de deelnemende gemeenten op basis van de door hen ingekochte zorg. In de gemeenten Heerlen en Landgraaf regelt de bemiddelingsorganisatie JENS sinds 2019 de verwijzingen tussen Team Jeugd en zorgaanbieders in de regio.

3.2 Beslissingen ten aanzien van hulpverlening

Alle zes gemeenten benoemen een voorkeur voor een besluitvormingsproces waarbij het betreffende gezin zoveel mogelijk zeggenschap heeft over de keuzes die gemaakt worden wat betreft de aangeboden hulpverlening (hulpvraag gericht). Allen verkiezen het gezin te bezoeken en samen de behoeften in kaart te brengen en de hulpvraag (indien daar sprake van is) vast te stellen. Alle respondenten plaatsten daarbij een kanttekening, omdat de mate van zeggenschap afhankelijk is van een aantal factoren: de sterke en minder sterke kanten van het gezin, het niveau van veiligheid in het gezin en de ernst van de problematiek. Wanneer één van deze factoren problematisch wordt geacht, neemt de gemeente een grotere rol in

het besluitvormingsproces. Wanneer een factor ‘problematisch’ wordt geacht, blijft echter onduidelijk. Hiervoor werden, ook bij specifieke navraag, geen concrete criteria gegeven. Betreffende de vraag hoe de keuze voor de zorgaanbieder precies tot stand komt, geven de gemeenten (met uitzondering van Heerlen) aan eerst zelf een aantal geschikte kandidaten uit de Verwijsgids te selecteren – gebaseerd op hun kennis over wat elke hulpverlener precies biedt – en deze vervolgens voor te leggen aan het gezin. Soms vindt deze selectie plaats in overleg met het gezin, soms geven de medewerkers van Team Jeugd hun voorkeur voor bepaalde hulpverleners aan. Dit hangt, volgens de gemeenten, samen met de mate van veiligheid in het betreffende gezin.

3.3 Gebruik van risicotaxatie-instrumenten

Tabel 2 geeft een overzicht van de door de gemeenten genoemde risico- en veiligheidstaxatie-instrumenten. De CARE-NL werd gebruikt door gemeente Brunssum. Zoals eerder beschreven, is de CARE-NL een wetenschappelijk onderbouwd risicotaxatie-instrument en heeft het adequate psychometrische eigenschappen (de Ruiter et al., 2020). Deze gemeente maakt ook gebruik van het *Signs of Safety (SoS) Zorgen- en Krachtenformulier*, een methode waarmee de sterkere en zwakkere kanten van een gezin in kaart worden gebracht (Turnell & Edwards, 1999). Het *Signs of Safety Zorgen- en Krachtenformulier* is in feite geen risicotaxatie-instrument, maar een tool die een gezinswerker kan inzetten voor toezicht in het gezin. Het betreft een theoretisch kader dat zich richt op vier domeinen: zorgen (eerder voorgevallen mishandeling, toekomstig gevaar en factoren die verbetering in de weg staan), krachten (bestaande sterke kanten en veiligheid), wat er moet gebeuren (toekomstige veiligheid) en beoordeling (van de huidige veiligheid) (Turnell & Murphy, 2014).

Het Risicoprofiel Kindveiligheid is een door de gemeente Heerlen zelf ontworpen taxatie-instrument dat door deze gemeente gebruikt wordt om ouderproblematiek in relatie tot de veiligheid van het kind te herkennen (Expertiseteam gemeente Heerlen, 2016). Daarnaast werd door de gemeente Heerlen aangegeven dat er een afweging gemaakt wordt betreffende acute en structurele onveiligheid, maar het is onbekend hoe deze inventarisatie plaatsvindt. De gemeente Landgraaf maakt gebruik van het Risicoprofiel 2.0 (geen verdere informatie bekend; over dit instrument is tevens geen wetenschappelijke onderzoek beschikbaar) en de LIRIK (Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid; ten Berge et al., 2014). De gemeente Maastricht maakt ook gebruik van de LIRIK. Dit is een risicotaxatie-instrument dat gebruik maakt van een gestructureerde klinische

beoordeling door een professional. De psychometrische eigenschappen van de LIRIK zijn echter onvoldoende (Bartelink, 2017). Naast de LIRIK gebruikt Maastricht ook de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM), een instrument dat gebruikt kan worden om op een gestructureerde wijze de zelfredzaamheid van een volwassene in kaart te brengen (van den Boom et al., 2016). Daarnaast gaf de gemeente Maastricht aan niet bij elke hulpvraag gebruik te maken van een risicotaxatie-instrument (onduidelijk wanneer wel en wanneer niet). De gemeenten Kerkrade en Sittard-Geleen gaven aan wel een risicotaxatie uit te voeren, maar konden desgevraagd niet aangeven welk instrument daarvoor werd gebruikt.

Tabel 2 Overzicht gebruikte risico- en veiligheidstaxatie-instrumenten per gemeente

<i>Gemeente</i>	<i>Instrument</i>
Brunssum	<i>Signs of Safety (SoS) Zorgen- en Krachtenformulier</i> CARE-NL
Heerlen	Risicoprofiel Kindveiligheid
Kerkrade	Sporadisch gebruik van onbekende instrumenten
Landgraaf	Risicoprofiel 2.0 LIRIK
Maastricht	LIRIK Zelfredzaamheidsmatrix
Sittard-Geleen	Geen

3.4 Zicht op effectiviteit van de ingezette interventies

De inzet van hulpverlening wordt door de gemeenten bepaald op basis van de hulpvraag in het gezin en de selectie van de zorgaanbieder vindt plaats op basis van de inhoud van de Verwijsgids. De gemeenten Heerlen, Landgraaf en Maastricht werd gevraagd of zij zicht hadden op de effectiviteit van de ingezette hulpverlening. Het onderzoek was op dit punt al afgerond voor de andere gemeenten; echter naar aanleiding van het interview met de gedragswetenschapper van Maastricht ontstond deze aanvullende vraag. Van de overige gemeentes hebben wij geen reactie mogen ontvangen.

Maastricht gaf aan dat zij elk (half) jaar monitoren hoe het met het gezin gaat, maar dat de verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de hulpverleners zelf. Dit houdt in dat als het gezin zich niet aan de veiligheidsafspraken houdt, of indien de behandeling niet werkt, de hulpverlener contact op dient te nemen met de casusregisseur van de betreffende gemeente. De hulpverleners zijn tevens verantwoordelijk voor het afsluiten van een interventie of behandeling. De betrokkenheid van de gemeente wordt beëindigd indien de hulpvraag afgerond is of als de vrijwillige hulpverlening geen resultaat heeft gehad en er een ondertoezichtstelling is uitgesproken, waardoor een

gezinsvoogd de nieuwe casusregisseur wordt. De gemeenten Landgraaf en Heerlen benoemden alleen toezicht te houden op de (multiprobleem) gezinnen waar veel onveiligheid speelt; bij zogenoemde enkelvoudige casuïstiek (gezinnen waarin één probleem speelt) ligt deze taak bij JENS, de bemiddelingsorganisatie die de hulpverlening in deze gemeenten indiceert.

3.5 Verbeterpunten voor de samenwerking met Veilig Thuis volgens de gemeenten

De gemeenten Heerlen, Landgraaf en Maastricht gaven alle drie aan graag meer concrete informatie uit het onderzoek van VT over het betreffende gezin te willen ontvangen als een casus aan hen overgedragen wordt; zij vinden dat niet altijd alle beschikbare informatie wordt overdragen aan de gemeente. Welke informatie wordt overgedragen verschilt per casus, omdat dit grotendeels afhangt van de VT-professional die het onderzoek heeft uitgevoerd. Doorgaans worden de resultaten gerapporteerd met bijbehorende conclusies en onderzoeksbevindingen, maar omdat er geen eenduidige richtlijn bestaat over de wijze waarop dit gedaan moet worden volgens het handelingsprotocol van VT (Baeten, 2019), verschillen deze rapportages van elkaar qua inhoud en lengte. Hierdoor wordt werk – met name bepaalde gesprekken met het gezin – vaak dubbel gedaan door VT en de gemeenten. De gemeente Maastricht ziet daarnaast graag verbeteringen in de communicatie, met name omtrent welke organisatie (VT of Team Jeugd) het voortouw zal nemen in een casus. Onduidelijkheid in de communicatie leidde ten tijde van dit onderzoek (juni 2019) nog vaak tot misverstanden tussen beide organisaties. De gemeente Heerlen zou graag meer diepgang zien in sommige VT-onderzoeken; ze vinden de uitgevoerde onderzoeken naar kindermishandeling vaak te oppervlakkig uitgevoerd. Daarnaast wensen de gemeenten Heerlen en Landgraaf dat cases eerder worden overgedragen, of gezamenlijk worden opgepakt in verband met de wachtlijsten bij VT of de gemeente die voor vertraging zorgen. In de laatste maanden van het onderzoek was een beginnende verandering in de werkwijze bij VT waarneembaar, waarbij het doel is om een snellere samenwerking met de gemeente te initiëren, door vanaf het begin samen in een casus op te trekken, of de casus eerder over te dragen aan het lokale veld.

4 Discussie

Het doel van het huidige onderzoek was het in kaart brengen van hoe gemeenten hulpverlening inzetten in gezinnen die na een afgerond onderzoek

in verband met kindermishandeling door VT zijn overgedragen aan de gemeente. Daarbij werd de rol van risicotaxatie in dit besluitvormingsproces onderzocht. Tot slot werd onderzocht of er zicht is op de effectiviteit van de ingezette interventies en welke verbeterpunten er liggen voor de samenwerking tussen de gemeenten en VT.

De resultaten van de huidige studie laten zien dat de keuze van de gemeenten wat betreft het type hulpverlening voornamelijk hulpvraaggericht (en niet risico-gestuurd) is, en dat er door de gemeenten beperkt gebruik gemaakt wordt van gevalideerde risicotaxatie-instrumenten die voldoen aan wetenschappelijke standaarden. Zo benoemde de gemeente Brunssum gebruik te maken van het *Signs of Safety (SoS) Zorgen-en Krachtenformulier*. Hoewel de rationale achter het formulier (gebaseerd op *Solution-Focused Brief Therapy* met een oplossingsgerichte focus op zowel sterke als zwakke kanten van het gezin; Turnell & Murphy, 2014), is er geen valideringsonderzoek naar het *SOS Zorgen-en Krachtenformulier* beschikbaar. Door de gemeente Heerlen werd het Risicoprofiel Kindveiligheid gebruikt. Dit instrument lijkt een wetenschappelijke basis te hebben: het is gebaseerd op meta-analytisch onderzoek naar risicofactoren voor seksuele mishandeling, fysieke mishandeling en verwaarlozing. Daarnaast ligt er een gangbare theorie over kindermishandeling ten grondslag aan dit instrument (theoretisch model van Belsky; Belsky et al., 1991). Er is echter geen onderzoek beschikbaar naar de validiteit en de betrouwbaarheid van het Risicoprofiel. In de gemeente Maastricht maakt men gebruik van de LIRIK. Validatieonderzoek naar de LIRIK liet zien dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de huidige veiligheid en toekomstige risico's van kindermishandeling laag is, net als de predictieve validiteit (zwak tot matig) (Bartelink et al., 2015). De onderzoekers van het valideringsonderzoek concludeerden dat beoordelingen die gemaakt werden met behulp van de LIRIK niet betrouwbaarder of meer valide waren dan ongestructureerde professionele beoordelingen. De Zelfredzaamheidsmatrix werd eveneens gebruikt door de gemeente Maastricht. Dit is in feite geen risicotaxatie-instrument, aangezien het gebruikt kan worden om een algemeen overzicht te geven van het functioneren van een volwassene op verschillende relevante levensdomeinen, zoals lichamelijke verzorging en sociaal-emotionele ondersteuning. Het instrument kan gebruikt worden om een interventieplan op te zetten, de ontwikkeling van cliënten in kaart te brengen, of de effectiviteit van geïmplementeerde interventies te beoordelen (Kamann et al., 2020). Hoewel de psychometrische eigenschappen van het instrument voldoende lijken (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is zwak tot goed, verschillend per domein), lijkt gebruik als risicotaxatie-instrument geen

doel van het instrument te zijn (Van den Boom et al., 2016). Slechts één gemeente (Brunssum) gebruikte een risicotaxatie-instrument met een goede wetenschappelijke fundering.

Hiermee is de hulpverlening die wordt ingezet in gezinnen waar kindermishandeling speelt onvoldoende in lijn met het *Risk-Need-Responsivity*-model voor effectief interveniëren (Assink et al., 2016). Bij hulpvraag-gestuurde zorg wordt namelijk onvoldoende rekening gehouden met de eerste twee principes van het RNR-model: het risiconiveau (de intensiteit van behandeling passend maken bij het risiconiveau) en het behoefteprincipe (interventies moeten gericht zijn op vermindering van de risicofactoren die samenhangen met herhaling van kindermishandeling). Bovendien hebben veel gezinnen waar kindermishandeling speelt geen eigen hulpvraag. Als de ouders een hulpvraag hadden gehad, zouden ze zelf waarschijnlijk al op zoek zijn gegaan naar hulp voor hun problemen, en in die gevallen is een melding bij VT over vermoedens van kindermishandeling in het gezin bij door anderen minder waarschijnlijk.

De resultaten van ons onderzoek bieden reden tot zorg, met name omdat de ingezette hulpverlening voornamelijk gebaseerd is op de hulpvraag van de betrokken gezinnen. Criteria op basis waarvan de gemeente zelf meer regie moet nemen in het proces van besluitvorming rond interventie en follow-up daarna, ontbreken. Dit zijn dikwijls gezinnen waarin sprake is van meervoudige, complexe problematiek waarbij naast kindermishandeling en/of huiselijk geweld, vaak sprake is van psychische en andere problemen. Deze problematiek gaat vaak gepaard met verminderde intellectuele mogelijkheden en/of beperkt zelfinzicht (Dijkstra et al., 2011) die ervoor kunnen zorgen dat deze gezinnen een risico-gestuurde hulpvraag zelf niet goed kunnen formuleren.

Wij doen hieronder een aantal aanbevelingen betreffende de hiaten in de huidige aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld in de keten, en pleiten voor een verbinding tussen wat bekend is vanuit de wetenschap en de uitvoering in de praktijk.

4.1 Beperkingen

Het huidige onderzoek heeft een aantal beperkingen. Het onderzoek vond plaats in zes gemeenten in de regio Zuid-Limburg. Omdat er op regionaal niveau verschillen zijn wat betreft gemeentelijke werkprocessen als ook qua samenwerking in de keten, kan niet geconcludeerd worden dat de huidige resultaten van toepassing zijn op de overige provincies in Nederland. Wij hebben gemerkt dat er zelfs op regionaal niveau al verschillen bestaan in de gemeentelijke werkwijzen, waardoor de aanbevelingen zoals beschreven in

dit artikel niet overal toepasbaar zullen zijn. Ten tweede betrof één van de onderzoeksvragen of de betreffende gemeenten zicht hadden op de effectiviteit van de door hen ingezette hulpverlening. Omdat er bij de vragenlijst geen definitie van het begrip effectiviteit werd aangeboden, is er ruimte ontstaan voor individuele interpretatie en kunnen wij niet vaststellen of alle respondenten dit begrip hebben geïnterpreteerd zoals het was bedoeld door de onderzoekers. Een derde beperking is de keuze om alle gemeenten ongeveer dezelfde semigestructureerde vragen voor te leggen. Daardoor werd gewaarborgd dat alle gemeenten vergelijkbare vragen kregen, maar zijn er mogelijk minder vervolgvragen gesteld dan als er individuele interviews hadden plaatsgevonden.

4.2 Conclusie en aanbevelingen

Om de veiligheid van Nederlandse gezinnen na een afgerond onderzoek bij Veilig Thuis blijvend te waarborgen en het geweld duurzaam te stoppen, is een verandering nodig in de wijze waarop deze complexe problematiek wordt aangepakt. Het is daarbij van essentieel belang dat er gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk gefundeerde risicotaxatie-instrumenten. De resultaten van deze risicotaxaties zouden vervolgens gebruikt moeten worden om te bepalen welk type hulpverlening ingezet dient te worden (risico-gestuurde zorg). Zo is uit de literatuur bekend dat een aantal factoren de kans op toekomstige kindermishandeling vergroot: ouder-gerelateerde factoren zoals verslavingsproblematiek (Barth, 2009), aantal eerdere episodes van mishandeling en de ernst van de mishandeling (Hindley et al., 2006), verwaarlozing in vergelijking tot andere vormen van mishandeling (Hindley et al., 2006), psychische stoornissen en ruzies tussen de ouders (Barth, 2009; Ethier et al., 2004; Hindley et al., 2006). Een belangrijke kind-gerelateerde factor betreft gedragsproblemen bij het kind (Barth, 2009). Ook gezins-gerelateerde factoren (stress in het gezin, gebrek aan sociale steun) zijn belangrijk (de Ruiter et al., 2020). Het nauwkeurig inventariseren van de risicofactoren is essentieel om vervolgens de interventies meer risico-gericht te maken en te baseren op het RNR-model voor effectieve hulpverlening (Assink et al., 2016), waardoor de kans op toekomstige kindermishandeling in het betreffende gezin kan worden verkleind. Aangezien de eerste stap in risico-gestuurde zorg, een gestructureerde inventarisatie van de aanwezige risicofactoren betreft, wordt aanbevolen om zowel VT als de Teams Jeugd die werken met deze casuïstiek, op te leiden in wetenschappelijk gefundeerde risicotaxatie-instrumenten, zoals de CARE-NL.

Vooraf in complexe (multiprobleem) cases is het een feit dat gezinsleden vaak onvoldoende inzicht hebben in de eigen problematiek om een

(risico-gestuurde) hulpvraag te formuleren die daarbij aansluit. Dit sluit niet uit dat als een gezin wel zelf hulpvragen heeft met betrekking tot de problematiek in het gezin, er nog steeds gekeken dient te worden wat nodig is om dit gezin zo goed mogelijk te ondersteunen zodat de veiligheid voor de kinderen verbetert. Wij benadrukken dat op basis van het RNR-model, de veiligheid alleen blijvend kan worden gewaarborgd indien de belangrijkste risicofactoren met de juiste interventies aangepakt worden. Welke hulpverlening er uiteindelijk wordt ingezet is maatwerk op casusniveau.

Een tweede aanbeveling ligt op het gebied van ketensamenwerking. De verantwoordelijkheid voor het monitoren van de voortgang van de hulpverlening wordt nu door de gemeente vooral neergelegd bij de hulpverleners zelf. Hier zit direct aan verbonden dat de hulpverlener zijn of haar eigen handelen in het hulpverleningstraject beoordeelt, hetgeen onwenselijk is. Het is van groot belang dat de monitoringsfunctie duidelijker wordt vormgegeven: de casusregisseur kan hier bijvoorbeeld het voortouw in nemen en op regelmatige basis een ronde tafeloverleg organiseren om samen met alle bij het gezin betrokken organisaties en hulpverleners de voortgang te evalueren (zie het werk van Eileen Munro over effectieve jeugdbescherming; Munro, 2020). Als er onduidelijkheid is over wie de verantwoordelijkheid voor de monitoring van de veiligheid in het gezin op zich neemt, is de kans groot dat er te lang wordt doorgedaan met een hulpverleningstraject dat onvoldoende effectief is, en daarmee wordt de kans op herhaling van kindermishandeling groter.

Ten derde lijkt er op basis van onze bevindingen nog veel ruimte voor verbetering in de samenwerking tussen de gemeenten en VT. Dit is niet verrassend, omdat VT een relatief nieuwe organisatie is en de decentralisatie van de jeugdzorg in hetzelfde jaar plaatsvond, waardoor er vele nieuwe taken afkwamen op de gemeenten. Alle betrokken professionals proberen vanuit het eigen kader een weg te vinden om het geweld in gezinnen duurzaam te stoppen, hetgeen een complexe opgave is. Een bijkomend probleem is daarbij dat er in deze organisaties vaak beperkt ruimte is voor professionele autonomie door verregaande bureaucratie (Munro, 2020). Dit leidt helaas vaak tot het gebruik van algemene procedures en richtlijnen die onvoldoende afgestemd zijn op de individuele casuïstiek (Munro, 2020). Een overmatige focus op procesmatige zaken, zoals wachtlijsten en doorlooptijden, heeft inherent als gevolg dat inhoudelijke doorontwikkeling achterblijft en men niet de juiste expertise heeft (of kan toepassen) om kindermishandeling en huiselijk geweld daadwerkelijk te stoppen. De kern van het probleem wordt hierdoor niet aangepakt, waardoor cases blijven

terugkeren in de jeugdbeschermingsketen, wachttijsten blijven bestaan en doorlooptijden moeilijk worden gehaald.

In de huidige studie benadrukten de gemeenten het belang van onderlinge communicatie en afstemming (met name in rol- en taakverdeling). Deze onderlinge communicatie is uiterst belangrijk, zodat er enerzijds geen dubbel werk wordt gedaan en het anderzijds duidelijk is wie welke rol en verantwoordelijkheid heeft. Zoals onlangs ook in het onderzoeksrapport van Steketee et al. (2020) is opgemerkt, vraagt deze complexe materie om een integrale aanpak waarbij afstemming tussen de betrokken professionals een cruciaal aspect is. Er dient daarbij oog te zijn voor de samenhang van diverse vormen van kindermishandeling en huiselijk geweld, de aanwezige risicofactoren, maar ook de gevolgen die deze problematiek met zich meebrengt. Alleen met een gezamenlijke aanpak en gedeelde verantwoordelijkheid voor het duurzaam stoppen van geweld kan er op lange termijn succes worden geboekt.

Referenties

- Alink, L., Ijzendoorn, R., van, Bakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, T., & Euser, S. (2011). *De tweede nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen*. Leiden: TNO Child Health.
- Alink, L., Prevoo, M., van Berkel, S., Linting, M., Velderman, M. K., & Pannebakker, F. (2018). *NPM 2017: Nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen*. Universiteit Leiden.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). Matthew Bender & Company, Inc., LexisNexis Group.
- Andrews, D. A., & Dowden, C. (2006). Risk principle of case classification in correctional treatment: A meta-analytic investigation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50, 88-100. <https://doi.org/10.1177/0306624X05282556>
- Assink, M., Van der Put, C. E., Kuiper, K., Mulder, T., & Stams, G. J. J. M. (2016). *Risicofactoren voor kindermishandeling: Een meta-analytisch onderzoek naar risicofactoren voor seksuele mishandeling, fysieke mishandeling en verwaarlozing*. Universiteit van Amsterdam.
- Baeten, P., van Beurden, M., Haxe, I., Janssen, L., Mourits, E., & Ris Lambers, N. H. (2019). *Handelingsprotocol Veilig Thuis 2019*. Landelijk netwerk Veilig Thuis.
- Bartelink, C., Kwaadsteniet, L. D., Berge, I. T., Witteman, C., & Witteman, M. L. C. (2017). Is it Safe? Reliability and validity of structured versus unstructured child safety judgments. *Child Youth Care Forum*, 46, 745-768. <https://doi.org/10.1007/s105660179405-2>
- Bartelink, C., Kwaadsteniet, L. D., Berge, I. T., Witteman, C., & Gastel, W. V. (2015). *Betrouwbaarheid en validiteit van de LIRIK: Eindrapport LIRIK valideringsonderzoek*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Barth, R. P. (2009). Preventing child abuse and neglect with parent training: Evidence and opportunities. *The Future of Children*, 19, 95-118.
- Belsky, J., Steinberg, L., & Draper, P. (1991). Childhood experience, interpersonal development and reproductive strategy: An evolutionary Theory of socialization. *Child Development*, 62, 647-670. <https://doi.org/10.1111/j.14678624.1991.tb01558.x>

- Berger, M.A., ten Berge, I.J., & Geurts, E. (2004). *Samenhangende hulp: Interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation, 6*, 1-22.
- ten Boom, A., Wittebrood, K., Alink, L. R. A., Cruyff, M. J. L. F., Downes, R. E., van Eijkern, E. Y. M., van Gils, G. H. C., van der Heijden, P. G. M., Prevo, M. J. L. Ramakers, C. C., Schellingerhout, R., Snippe, J. M., & Veenstra, D. R. (2019). *De prevalentie van huiselijk geweld en kindermishandeling in Nederland*. Den Haag: WODC.
- van den Boom, W., Klaufus, L., Fassaert, T., Lauriks, S., & de Wit, M. (2016). Psychometrische kenmerken van de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM) en het ZRM-Supplement Ouderschap. *Kind en Adolescent, 37*, 105-119. <https://doi.org/10.1007/s12453-016-0112-9>
- CBS (2019). *Beleidsinformatie Veilig Thuis: 2^{de} halffjaar 2019*. [factsheet]. Cbs.nl.
- CBS (2020). *Impactmonitor kindermishandeling en huiselijk geweld 2019* [factsheet]. Cbs.nl. <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2019/51/monitor-huiselijk-geweld-en-kindermishandeling-2019>
- Dijkstra, M., Bransen, E., & Leeman, M. (2011). Verslavingspreventie is onvoldoende toegerust voor mensen met een licht verstandelijke beperking. *Verslaving, 4*, 72-83.
- Ethier, L. S., Couture, G., & Lacharité, C. (2004). Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect. *Journal of Family Violence, 19*, 13-24.
- Expertiseteam gemeente Heerlen (2016). *Risicoprofiel Kindveiligheid* [PDF]. Gemeente Heerlen. <https://www.trimbos.nl/docs/20d3ab67-18de-47f3-9dba-c7egd14592c9.pdf>
- Hindley, N., Ramchandani, P. G., & Jones, D. P. (2006). Risk factors for recurrence of maltreatment: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood, 91*, 744-752.
- Kamann, T., Lauriks, S., Veldkamp, C., van Dam, C., & de Wit, M. (2020). *Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix voor Huishoudens 2020*. GGD Amsterdam.
- Jeugdwet Artikel 1.1 (2020). <https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2020-01-01>
- van Lieshout, P. A. H., Alink, L. R. A., Bijleveld, C., Dannenberg, E., Goedee, J., Janssen, J. H. L. J., & Stekete, M. (2018). *Advies opzet monitor aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Lundahl, B. W., Nimer, J., & Parsons, B. (2006). Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice, 16*, 251-262. <https://doi.org/10.1177/1049731505284391>
- Munro, E. (2020). *Effective child protection* (3rd ed). London: Sage Publications.
- Mutsaers, K. (2008). *Wat werkt bij de aanpak van kindermishandeling?* Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- Paxson, C., & Waldfogel, J. (2002). Work, welfare, and child maltreatment. *Journal of Labor Economics, 20*, 435-474. <https://doi.org/10.1086/339609>
- Prendergast, M. L., Pearson, F. S., Podus, D., Hamilton, Z. K., & Greenwell, L. (2013). The Andrews' principles of risk, needs, and responsivity as applied in drug treatment programs: Meta-analysis of crime and drug use outcomes. *Journal of Experimental Criminology, 9*, 275-300. <https://doi.org/10.1007/s1292-013-9178-z>
- van der Put, C., Assink, M., & Stams, G. J. M. (2016). Het voorspellen van problematische opgroei- of opvoedingssituaties. *Kind en Adolescent, 37*, 133-154. <https://doi.org/10.1007/s12453-016-0117-4>
- van der Put, C. E., Assink, M., Gubbels, J., & van Solinge, N. F. B. (2018). Identifying effective components of child maltreatment interventions: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review, 21*(2), 171-202. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0250-5>
- de Ruiter, C., & de Jong, E. M. (2006). *CARE-NL: Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht: C. de Ruiter.
- de Ruiter, C., & Veen, V. (2005). *Werkzame interventies bij relationeel, seksueel en algemeen geweld*. Trimbo-instituut.

- de Ruiter, C., Hildebrand, M., & van der Hoorn, S. (2020). The Child Abuse Risk Evaluation Dutch Version (CARE-NL): A retrospective validation study. *Journal of Family Trauma, Child Custody & Child Development*, 17, 37-57. <https://doi.org/10.1080/15379418.2019.1699488>
- de Ruiter, C., de Jong, E. M., & Reus, M. (2013). Risicotaxatie van kindermishandeling in teamverband: Een experimenteel onderzoek. *Kind en Adolescent*, 34, 30-44.
- Steketee, M., Tierolf, B., Lunnemann, K., & Lunnemann, M. (2020). *Kwestie van een lange adem: Kan huiselijk geweld en kindermishandeling echt stoppen?* Verwey Jonker Instituut.
- Ten Berge, I., Eijgenraam, K., & Bartelink, C. (2014). *Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK)*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of safety: A solution oriented approach to child protection casework*. W. W. Norton & Company.
- Turnell, A. & Murphy, T. (2014). *The Signs of Safety Child Protection Approach and Framework: Comprehensive Briefing Paper*. Resolutions Consultancy.
- van der Veen, H.C.J., & Bogaerts, S. (2010). *Huiselijk geweld in Nederland: overkoepelend synthese-rapport van het vangst-, hervangst-, slachtoffer- en daderonderzoek 2007-2010*. Den Haag: WODC.
- Van Ijzendoorn, M.H., Prinzie, P., Euser, E.M., Groeneveld, M.G., Brilleslijper-Kater, S. N., Noort-van der Linden, A.M.T. van, Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, F., Mesman, J., Klein Velderman, M., & San Martin Beuk, M. (2007). *De Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2005)*. Leiden: Universiteit Leiden.
- Wet Maatschappelijke Ondersteuning Artikel 1.1.1 (2015). https://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/20200701/#Hoofdstuki_Paragraafi_Artikel1.1.1
- White, O. G., Hindley, N., and Jones, D. P. H. (2015). Risk factors for child maltreatment recurrence: An updated systematic review. *Medicine, Science and the Law*, 55, 259-277. <https://doi.org/10.1177/0025802414543855>

Over de auteurs

¹ Universiteit Maastricht, Faculteit der Psychologie en Neurowetenschappen

² Katholieke Universiteit Leuven, Faculteit Rechtsgeleerdheid

Bijlage 1: Overzicht van gestelde vragen aan deelnemende gemeenten gedurende vier rondes

Ronde 1: Gesteld aan alle zes deelnemende gemeenten (Maastricht, Kerkrade, Landgraaf, Brunssum, Heerlen en Sittard-Geleen)

- 1 Zijn er vaste hulpverleningstrajecten die er worden aangeboden aan de gezinnen? (Is er bijvoorbeeld een “database” met beschikbare hulpverlening waaruit gekozen wordt, of maakt gemeente X gebruik van de regionale verwijsgids*?)
- 2 Hoe wordt de keuze van het hulpverleningstraject bepaald?

Toelichting: Wie bepaald hoe het hulpverleningstraject eruit komt te zien? Wordt er vooral gekeken naar de risicofactoren, of meer naar de wensen van de familie/van betrokken organisaties? Op welke criteria wordt deze keuze gebaseerd?

- 3 Wanneer de medewerker van de gemeente in overleg gaat met het gezin, welke opties worden er dan precies aangeboden?

Bijvoorbeeld:

- A De gemeente (en partners) besluit niets van te voren, maar gaan in gesprek met het gezin over of, en welke hulpverlening het gezin zelf graag wil hebben. Hierbij zijn de wensen van het gezin leidend.
- B De gemeente geeft in gesprek met het gezin aan welke soorten hulp er allemaal beschikbaar is. Er wordt overlegd over de soort hulpverlening die toegepast dient te worden, maar de wens van de gemeente is leidend.
- C De gemeente (en partners) besluit op basis van de beschikbare gegevens dat er een bepaald type hulpverlening moet komen (bijvoorbeeld ondersteuning in de opvoeding). Vervolgens wordt dit besproken met het gezin in de hoop het gezin te overtuigen van de noodzaak hiervan.

Klopt één van bovenstaande scenario's? En zo niet, hoe verloopt dit proces dan wel?

- 4 Als eenmaal besloten is welk type hulpverlening noodzakelijk is (bijvoorbeeld ondersteuning in opvoeding, traumabehandeling of behandeling door een psycholoog), hoe komt de keuze voor een specifieke zorgaanbieder vervolgens tot stand?

Bijvoorbeeld:

- A Uit de lijst met beschikbare hulpverlening/ verwijzindex selecteert de medewerker welke aanbieder(s) hij/zij het meest geschikt vindt voor het gezin. Deze worden vervolgens met het gezin besproken.
- B Uit de lijst met beschikbare hulpverlening/ verwijzindex wordt een selectie gemaakt met aanbieders van deze soort hulpverlening. Deze selectie wordt aangeboden aan het gezin en er wordt in overleg besloten welke aanbieder geschikt is voor het gezin.
- C De lijst met beschikbare hulpverlening/ verwijzindex wordt aangeboden en het gezin zoekt zelf een aanbieder uit.

Klopt één van bovenstaande scenario's? En zo niet, hoe verloopt het proces wel?

Ronde 2: Gesteld aan alle zes deelnemende gemeenten (Maastricht, Kerkrade, Landgraaf, Brunssum, Heerlen en Sittard-Geleen)

- 5 Wordt er gebruik gemaakt van het veiligheidsplan** (opgesteld per individuele casus) van Veilig Thuis (VT) in de beslissing voor de benodigde hulpverlening?
- 6 Tijdens het beslissen (al dan niet in samenwerking met het gezin) over de benodigde hulpverlening, wordt er dan gebruik gemaakt van een risicotaxatie-instrument en/of een veiligheidstaxatie instrument?
- 7 Stel: VT heeft een onderzoek afgerond en draagt de casus over aan uw gemeente. Welke stappen worden er doorlopen in het proces van overdracht tot uiteindelijk instellen van de hulpverlening?

Ronde 3: Gesteld aan alle zes deelnemende gemeenten (Maastricht, Landgraaf, Brunssum, Heerlen en Sittard-Geleen)

- 8 Hoe ziet het afstemmingsgesprek wat betreft de hulpverlening met het betrokken gezin eruit? In welke mate zijn de ideeën van de gemeente zelf hierin leidend?
- 9 Eerder hebben verschillende gemeenten aangegeven geen vaststaande hulpverleningstrajecten te hebben. Welke opties met betrekking tot hulpverlening zijn er? Uit welke opties kan de gemeente kiezen (bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning, communicatietraining, psychologische hulp voor een trauma of psychiatrische/ persoonlijkheidsstoornis, huishoudelijke hulp, etc.)?
- 10 Welke 5 soorten hulpverlening worden het vaakst door de gemeente uitgekozen om in te zetten?
- 11 Hoe selecteert de medewerker welke aanbieders van de verwijsgids geschikt zouden zijn?
- 12 Welke 5 aanbieders (eventueel van de verwijsgids) worden door uw gemeente het meest gebruikt en waarom?

Ronde 4: Gesteld aan drie gemeenten (Heerlen, Landgraaf en Maastricht)

- 13 Hebben jullie zicht op de effectiviteit van de ingezette methodes: of de ingezette hulpverlening ook effect heeft op de problematiek in het gezin? Gaan jullie dit na, is er bijvoorbeeld contact met het gezin na een bepaalde periode?
- 14 Blijven jullie betrokken bij het gezin? Wat zijn mogelijke redenen om betrokkenheid te beëindigen?
- 15 Is er bepaalde informatie die jullie vanuit VT graag aangereikt zien om het geheel soepeler te laten verlopen?

16 Missen jullie iets in het huidige samenwerkingsproces? Zijn er dingen die jullie missen om de samenwerking met VT en/of andere ketenpartners te verbeteren?

* De verwijsgids is een vastgesteld document dat gemeenten in een specifieke regio hanteren om een zorgaanbieder te kiezen, het betreft de zorgaanbieders die de betreffende gemeente heeft ingekocht en waaruit zorg kan worden geïndiceerd aan het betrokken gezin.

** Het veiligheidsplan is een plan dat in sommige casuïstiek door Veilig Thuis kan worden overgedragen aan de gemeenten of betrokken hulpverlening. Het bevat doorgaans een samenvatting van de gemelde zorgen, het door VT verrichte onderzoek en de resultaten hiervan, als ook gemaakte veiligheidsafspraken met het gezin en betrokken professionals. Het veiligheidsplan is een vrijblijvend document dat op eigen initiatief door de betreffende VT organisatie kan worden gebruikt.